



STYRELSEN FOR
PATIENTSIKKERHED

Ældretilsynet tilsynsrapport Plejhjemmet Kongsgården

Reaktivt tilsyn, 2020

Tilsyn med ældreplejen efter servicelovens §§ 83-87

Plejhjemmet Kongsgården
Kongsgårdsvej 6

8260 Viby J

CVR- eller P-nummer: 952701000016002

Dato for tilsynsbesøget: 2. november 2020

Tilsynet blev foretaget af: Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning Nord
Sagsnr.: 35-2511-203

1. Begrundelse og fokus for tilsynet

Begrundelse for tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed udstedte d. 21. juli 2020 et påbud til Kongsgården med følgende indhold:

1. At plejeenheden sikrer borgernes selvbestemmelse, livskvalitet og medinddragelse i eget liv samt værdig død, herunder:
 - a. at plejeenheden sikrer, at alle medarbejdere så vidt muligt medinddrager borgeren i udførelsen af den daglige hjælp og pleje (målepunkt 1.1)
 - b. at plejeenheden implementerer arbejdsgange for at tilbyde borgeren og eventuelt pårørende en samtale om livets afslutning (målepunkt 1.2)
 - c. at med medarbejder kan fremfinde borgerens eventuelle ønsker til livets afslutning (målepunkt 1.2)

2. At plejeenheden sikrer en dokumentationspraksis, der understøtter sammenhængende social- og plejefaglige indsatser, herunder:
 - a. at medarbejderne kender og anvender plejeenhedens praksis for den social- og plejefaglige dokumentation (målepunkt 5.1)
 - b. at plejeenheden sikrer beskrivelser af borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer (målepunkt 5.1)
 - c. at plejeenheden sikrer beskrivelser af hjælp, omsorg og pleje hos borgere med kognitive funktionsnedsættelser i relevante situationer (målepunkt 3.1)
 - d. at plejeenheden sikrer, at ændringer i borgernes fysiske og psykiske funktionsevne samt opfølgning herpå fremgår af dokumentationen (målepunkt 3.3)
 - e. at plejeenheden sikrer, at social- og plejefaglige indsatser med henblik på forebyggelse af uplanlagt vægttab, tryksår, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne fremgår af borgernes dokumentation (målepunkt 3.4)
 - f. at afvigelser fra de social- og plejefaglige indsatser bliver systematisk dokumenteret (målepunkt 5.1)
 - g. at aftaler med pårørende med relevans for plejen bliver beskrevet (målepunkt 2.1)
 - h. at plejeenheden sikrer dokumentation af borgernes træningsforløb, herunder mål og formål med personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte, vedligeholdelsestræning og genoptræning i overensstemmelse med servicelovens §§ 83 og 86 (målepunkt 5.1, 6.1 og 6.2)

3. At plejeenheden sikrer, at der anvendes systematik og faglige arbejdsgange til sikring af, at der ydes hjælp, omsorg og pleje af fornøden kvalitet, herunder:
 - a. at der sikres implementering af arbejdsgange, faglige metoder og redskaber til systematisk opsporing af og opfølgning på ændringer i borgernes fysiske og psykiske funktionsniveau samt helbredstilstand (målepunkt 3.3)
 - b. at medarbejderne kender og anvender de fastlagte arbejdsgange og faglige metoder til forebyggelse af funktionsevnetab og forringet helbred hos borgerne (målepunkt 3.4)

- 4. At plejeenheden sikrer, at der fastsættes mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte samt vedligeholdelsestræning og genoptræning i overensstemmelse med servicelovens §§ 83 og 86, herunder:**
 - a. At plejeenheden sikrer, at borgerne og eventuelt pårørende i videst muligt omfang inddrages i målfastsættelsen (målepunkt 6.1)**
 - b. at medarbejderne kender målene for genoptrænings- og vedligeholdelsestræningsforløbene hos de relevante borgerne og endvidere ved, hvordan der kan inddrages træningselementer og aktiviteter i den daglige hjælp, omsorg og pleje hos disse borgere (målepunkt 6.2).**

Tilsynet den 2. november 2020 er gennemført som en del af opfølgningen på påbuddet.

Relevante oplysninger

Oplysninger om plejeenheden

- Kongsgården er en kommunale plejeenhed i Aarhus kommune område Viby/Højbjerg.
- Plejecenter Kongsgården har 60 almene boliger fordelt på tre afdelinger med 20 boliger i hver afdeling.
- Målgruppen på plejeenheden Kongsgården er ældre borgere med både somatiske, psykiske og kognitive funktionsevnedssættelser.
- Det er forstander Susanne E. Larsen og viceforstander Charlotte Tønning, som samarbejder omkring ledelsesansvaret for den samlede plejeenhed. Siden sidste tilsyn er der pr. 1. november 2020 ansat en viceforstander, Hanne Søndergård. Ledelseskonsulent Lene Lindhardt er indtil slutningen af året tilknyttet ledelsen og er til stede fast på Kongsgården.
- Forstander Susanne E. Larsen har været ansat siden 14. april 2020, Viceforstander Charlotte Tønning har været ansat den 1. maj 2020 og ledelseskonsulent Lene Lindhardt har været ansat siden 1. februar 2020.
- I plejeenheden er ansat i alt 52 medarbejdere bestående af sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere, fysioterapeuter og ergoterapeut. Siden sidste tilsyn er ansat en kvalitetssygeplejerske, som blandt andet har ansvaret for at sikre oplæring af medarbejderne i plejeenheden. Derudover er ansat aktivitetsmedarbejdere, ernæringsassistenter og rengøringsassistenter. Sygeplejerskerne er tilknyttet hver en afdeling og arbejder i dagvagt på hverdage. Plejeenheden er også uddannelsessted for elever.
- Plejeenheden har derudover ansat faste afløsere, og det interne vikarkorps benyttes ved behov og i ferieperioder. Plejeenheden har udfordringer med rekruttering af medarbejdere, særligt inden for faggruppen af social- og sundhedsassistenter. Dette er en generel udfordring i hele kommunen.
- Der var på tilsynsdagen vakante stillinger i opslag.
- Der er samarbejde med hjemmesygeplejen og det kommunale akut team, som kan tilkaldes ad hoc.
- Der er overlevering mellem alle vagtlag. Nattevagten har 1,5 times overlap og hjælper med morgenplejen hos borgerne samt giver mundtlig afrapportering til dagvagt.
- Der er daglig morgenmøde i alle tre grupper, hvor der informeres om ændringer hos borgerne og akutte opgaver.
- Der er daglig formiddagsmøde på alle tre afdelinger, hvor sygeplejersken er mødeleder og faciliterer faglig refleksion.
- Der er hver 3. måned fælles møde, hvor fokus er på samarbejde.
- Der er timeout hver fredag, hvor der er informationer om ændringer i instrukser og vejledninger samt rum for faglig refleksion.

Om tilsynet

- Der blev gennemgået tre omsorgsjournaler, som blev udvalgt tilfældigt af tilsynet.
- Der blev interviewet tre borgere, som blev udvalgt tilfældigt af tilsynet, og som gav samtykke til at deltage i interview med tilsynet.
- Der blev foretaget telefoninterview med tre pårørende, som blev udvalgt tilfældigt af tilsynet, og som gav samtykke til at deltage i interview med tilsynet.

- Der blev foretaget interview med ledelsen
 - Forstander Susanne E. Larsen
 - Viceforstander Charlotte Tønning
 - Viceforstander Hanne Søndergård
 - Ledelseskonsulent Lene Lindhardt
 - Lokalområde Viby-Højbjergs kommunale kvalitetsudvikler

- Der blev foretaget interview med fire medarbejdere
 - Social- og sundhedshjælper
 - Social- og sundhedsassistent
 - Ergoterapeut
 - Sygeplejerske

- Der blev foretaget observation ved, at tilsynsførende besøgte borgere i deres boliger samt bevægede sig rundt i plejeenheden.

- Afsluttende opsamling på tilsynet blev givet til ledelsen, hvor også konstitueret områdechef for Viby/Højbjerg Anne Juuhl og lokalområdets kommunale kvalitetsudvikler deltog.

- Tilsynet blev foretaget af: tilsynskonsulenterne Annalise Kjær Petersen og Jane Filtenborg Bjerregaard.

2. Vurdering og sammenfatning

Konklusion

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter endt partshøring vurderet, at der er tale om mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet, idet det var to enkeltstående fund i en ud af tre omsorgsjournaler, hvor den social- og plejefaglige dokumentation ikke var beskrevet fyldestgørende. Plejeenheden kunne over for tilsynet mundtligt redegøre for iværksættelse af relevante social- og plejefaglige indsatser hos den konkrete borger. Vores generelle indtryk er, at dokumentationen derudover fremstod sammenhængende og helhedsorienteret.

Det er vores vurdering, at der i plejeenheden blev arbejdet målrettet med processen til at fremme pårørendesamarbejdet, og at der fremadrettet i plejeenheden vil være fokus på det fortsatte arbejde, med at kunne udvikle tiltag med henblik på kontinuerligt at kunne forbedre dette samarbejde.

Vi har yderligere vægtet, at ledelsen havde implementeret en systematisk indsats i forhold til plejeenhedens generelle kompetenceniveau samt opfølgning på de enkelte medarbejders kompetencer.

Endeligt har vi lagt vægt på, at plejeenheden systematisk havde implementeret en indsats til sikring af anvendelse af relevante metoder og arbejdsgange til understøttelse af en sammenhængende hjælp, omsorg og pleje til borgerne i relation til den enkeltes ressourcer og udfordringer.

Vores samlede vurderingen er derfor, at der i plejeenheden er tale om mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet, og at plejeenheden umiddelbart kan udbedre manglerne ud fra den rådgivning, som blev givet under tilsynet. Derfor ophæves påbuddet af 21. juli 2020.

Samlet vurdering efter tilsynsbesøg

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter tilsynsbesøget den 2. november 2020 vurderet, at plejeenheden indplaceres i kategorien:

Mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet.

Det er styrelsens samlede vurdering, at der i plejeenheden er mindre problemer af betydning for fornødne kvalitet.

Baggrunden herfor er, at der ved tilsynet blev fundet målepunkter under temaerne: *Trivsel og relationer* og *Målgrupper og metoder*, som ikke var opfyldt.

Vi har vurderet, at der er tale om mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet, idet det var to enkeltstående fund i en ud af tre omsorgsjournaler, hvor den social- og plejefaglige dokumentation ikke var beskrevet fyldestgørende. Plejeenheden kunne over for tilsynet mundtligt redegøre for iværksættelse af relevante social- og plejefaglige indsatser hos den konkrete borger. Vores generelle indtryk er, at dokumentationen derudover fremstod sammenhængende og helhedsorienteret. Dermed vurderes det, at plejeenheden umiddelbart kan ubedre manglerne ud fra den rådgivning, som blev givet under tilsynet.

Derudover var der en ud af tre pårørende, som ved interview tilkendegav ikke at opleve sig informeret og inddraget af plejeenheden. Under tilsynet blev det konstateret, at plejeenheden samarbejdede med en anden pårørende i familien i forhold til informationer og inddragelse i relation til borgerens ønsker og behov. Det er vores vurdering, at der i plejeenheden blev arbejdet målrettet med processen til at fremme pårørendesamarbejdet, og at der fremadrettet i plejeenheden vil være fokus på det fortsatte arbejde, med at kunne udvikle tiltag med henblik på kontinuerligt at kunne forbedre dette samarbejde.

Ligeledes er der lagt vægt på, at borgere og pårørende generelt udtrykte tilfredshed med den hjælp, pleje og omsorg, som blev ydet af plejeenheden.

Vi har yderligere vægtet, at ledelsen havde implementeret en systematisk indsats i forhold til plejeenhedens generelle kompetenceniveau samt opfølgning på de enkelte medarbejders kompetencer.

Derudover er der lagt vægt på, at plejeenheden systematisk havde implementeret en indsats til sikring af anvendelse af relevante metoder og arbejdsgange til understøttelse af en sammenhængende hjælp, omsorg og pleje til borgerne i relation til den enkeltes ressourcer og udfordringer.

Ledelse og medarbejdere indgik aktivt i dialog ved tilsynet. På baggrund af de beskrevne forhold og forbedringer, er det vores vurdering, at plejeenheden er i stand til selv at ubedre de enkeltstående og konkrete fund ud fra den rådgivning, der blev givet under tilsynet.

Vores samlede vurderingen er, at der i plejeenheden er tale om mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet.

Fundene ved tilsynet giver anledning til at Styrelsen for Patientsikkerhed **henstiller** følgende:

- At plejeenheden sikrer, at social- og plejefaglige indsatser med henblik på forebyggelse af uplanlagt vægttab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne fremgår af borgerens dokumentation (målepunkt 3.4)
- At plejeenheden sikrer, at der hos borgere, hvor det er relevant er en beskrivelse af, hvilke faglige metoder og arbejdsgange, der kan blive anvendt til, at forebygge magtanvendelse (målepunkt 3.2)

Styrelsen for Patientsikkerhed forudsætter, at plejeenheden opfylder ovenstående henstillinger.

Nedenstående er en tematisk fremstilling af baggrunden for den samlede vurdering:

1. Selvbestemmelse og livskvalitet, herunder værdig død

Vi vurderer, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt.

Vi har lagt vægt på, at tre interviewede borgere, gav udtryk for at opleve sig medinddraget i forhold angående eget liv. Under tilsynet observerede vi, at medarbejderne havde en værdig tone og adfærd, når de var sammen med borgerne.

Ledelsen og medarbejdere redegjorde for plejeenhedens arbejde med at bevare og fremme borgernes medindflydelse og selvbestemmelse i hverdagen. Plejeenheden havde indflytningssamtale med borgere og pårørende inden indflytningen, med det formål at lave en fælles afstemning af forventninger i forhold til borgernes forløb. Ligeledes blev der redegjort for en praksis med en opfølgende samtale ca. seks uger efter indflytningen i plejeenheden. Ligesom der løbende var borgerkonferencer hvert halve eller hele år samt ved behov, hvor der blev fulgt op på den enkelte borgers forløb samt justeret i forhold til borgerens ønsker og behov.

Medarbejderne redegjorde for, at borgernes ønsker og vaner så vidt muligt blev imødekommet, og i omsorgsjournalerne, var der beskrivelser af borgernes vaner og ønsker, så alle medarbejdere kunne finde disse oplysninger.

Vi har derudover lagt vægt på, at plejeenheden arbejdede aktivt med at invitere borgerne til samtale om deres ønsker til den sidste tid. Udviklingen af systematisk procedure og arbejdsgang var igangsat, så samtalen om borgers eventuelle ønsker til den sidste tid, blev en integreret del af indflytningssamtalen eller borgerkonferencen.

Ledelse og medarbejder oplyste, at der i plejeenheden havde været undervisning af den kommunale klynge for lindende pleje, som havde bidraget med relevante redskaber, og medarbejderne tilkendegav, at denne undervisning havde hjulpet til, at de var mere bevidste om, hvordan og hvornår de kunne igangsætte samtalerne om den sidste tid.

Plejeenhedens medarbejdere oplyste, at de havde fornødne kompetencer og kunne redegøre for pleje og omsorg ved livets afslutning, og borgerens ønsker til den sidste tid blev systematisk dokumenteret i omsorgsjournalen, så alle medarbejdere kunne fremfinde disse oplysninger.

2. Borgernes trivsel og relationer

Styrelsen har fundet at målepunktet, ikke var opfyldt under dette tema.

Vi har lagt vægt på, at en pårørende ud af tre tilkendegav ikke at opleve sig informeret og inddraget af plejeenheden. Under tilsynet blev det konstateret, at plejeenheden samarbejdede med en anden pårørende i familien i forhold til informationer og inddragelse i relation til borgerens ønsker og behov. Dette fremgik tillige af borgerens omsorgsjournalen. Tilsynet kunne konstatere at aftaler med pårørende systematisk var dokumenteret i tre ud af tre stikprøver.

Yderligere er der lagt vægt på, at ledelse og medarbejdere fortalte, at man i plejeenheden bestræbte sig på, at pårørende blev inddraget og lyttet til, fx gennem tilbud om samtaler, i overensstemmelse med borgernes behov og ønsker.

Derudover redegjorde ledelse og medarbejdere for en igangværende systematisk proces i plejeenheden til at fremme pårørendesamarbejdet. Denne proces havde medvirket til en øget bevidsthed om dialog til at fremme inddragelse og samarbejde med pårørende, som et væsentligt element i borgernes trivsel. Ligesom der fra ledelsen side blev sendt nyhedsbreve til de pårørende. Under tilsynet blev drøftet behovet for det kontinuerlige fokus på arbejdet med at fremme samarbejdet med de pårørende. Ledelsen var meget opmærksom på dette behov, og oplyste, at man overordnet i kommunen også havde haft en proces med eksternt hjælp til at udføre interviews med pårørende. Dette arbejde var nu samlet i en rapport, og dagen efter tilsynet, blev der afholdt møde i kommunen, hvor man skulle beslutte, hvilke overordnede indsats, der bedst kunne understøtte og udvikle pårørendesamarbejdet generelt inden for det kommunale ældreområde.

Derudover oplyste ledelsen, at der i plejeenheden var et brugerpårørende råd som mødtes fast fire gange om året. Det blev oplyst, at man havde intensiveret mødeintervallerne, således at der havde været fire møder med brugerpårørende rådet inden for det sidste halve år. Ligeledes havde plejeenheden planlagt andre indsatser til inddragelse af pårørende, såsom "torsdagscafe" en gang om ugen og etagemøder, hvor pårørende, borgere og medarbejder på de enkelte afdelinger kunne mødes og drøfte hverdagslivet i den konkrete afdeling. Disse indsatser var dog ikke igangsat pga. de nuværende COVID-19-restriktioner. Ledelsen oplyste over for tilsynet, at plejeenheden ikke havde modtaget klager fra pårørende siden april måned 2020.

Den oplevede effekt, af de fremadrettede indsatser var ikke muligt for tilsynet at konkludere på, da der i en længere periode har været besøgsrestriktioner på baggrund af COVID-19.

3. Målgrupper og metoder

Styrelsen har fundet, at der var to uopfyldte målepunkter under dette tema.

Vi har lagt vægt på, at der i en ud af tre stikprøver, var enkeltstående mangler i den social- og plejefaglige dokumentation. Eksempelvis manglede beskrivelse af, hvilken faglig metode og arbejdsgang medarbejderne skulle anvende over for en borger, som kunne blive vredladet og frustreret over for medarbejderne. Medarbejderne kunne over for tilsynet mundtligt redegøre for, hvorledes den konkrete situation blev håndteret i praksis med anvendelse af relevant metode og arbejdsgang, når behovet opstod hos borgeren. I borgerens omsorgsjournal var den socialpædagogiske tilgang beskrevet til at forebygge disse vredesudbrud hos borgeren, og under tilsynet blev der givet rådgivning til uddybning af denne beskrivelse, så den blev fyldestgørende i forhold til også at beskrive relevant metode og arbejdsgang for den konkrete situation, når borgeren blev vred og frustreret. Derudover var der hos den samme borger en manglende beskrivelse af de forebyggende social- og plejefaglige indsatser, der var blevet arbejdet med, for at forebygge fald hos borgeren. Medarbejderne kunne også i dette tilfælde mundtligt redegøre for en praksis, hvor der var blevet og fortsat blev arbejdet med relevante social- og plejefaglige indsatser for at forebygge fald hos borgeren, Eksempelvis var der iværksat rekvirering af hjælpemiddel, som skulle afprøves dagen efter tilsynet. Dermed er det tilsynets vurdering, at der ikke var risiko for, at der ikke blev ydet hjælp, omsorg og pleje af den fornødne kvalitet til den konkrete borger.

Ledelse og medarbejdere oplyste, at der siden sidste tilsyn, var igangsat en målrettet indsats med at systematisere tavlemøderne og re-implementere arbejdsgange vedrørende den social- og plejefaglige dokumentation. Medarbejderne oplyste, at den fokuserede indsats, havde bidraget til en systematik i opsporing af ændringer i borgernes tilstand, herunder, at der blev iværksat tiltag for at forebygge funktionsevnetab og forringet helbred. Derudover redegjorde ledelsen for, at der blev arbejdet ud fra kommunens forløbsmodel, hvor borgerne var i forskellige typeforløb, alt efter kompleksiteten i den enkelte borgers behov. I de forskellige typeforløb lå implicit faste intervaller for tværfaglig gennemgang og sparring med relevante samarbejdspartnere.

Ledelse og medarbejdere redegjorde for, at plejeenheden benyttede relevante metoder og arbejdsgange til at forebygge magtanvendelse, herunder muligheden for faglig sparring og hjælp hos relevante samarbejdspartnere med merviden inden for demensområdet og hjerneskadeområdet, som kunne inddrages i komplekse

borgerforløb. Siden sidste tilsyn havde man i plejeenheden haft undervisning i tiltag omkring magtanvendelse og ambulerende adfærd. Dette havde bidraget til større viden hos medarbejderne inden for disse områder.

Det fremgik af tilsynsførendes observationer, at tonen og adfærden i plejeenheden afspejlede, de metoder og pædagogiske tilgange, som blev anvendt for at sikre og optimere opfyldelsen af borgernes individuelle behov.

4. Organisation, ledelse og kompetencer

Styrelsen har fundet, at målepunktet var opfyldt under dette tema.

Vi har lagt vægt på, at der siden sidste tilsyn, var blevet udvidet i forhold til ledelsen, således at der aktuel var ansat to viceforstandere og en forstander. Ligeledes var der blevet ansat flere sygeplejefaglige kompetencer med ansættelse af en kvalitetssygeplejersker, som fremadrettet skulle være ansvarlig for oplæring og introduktion til medarbejderne i plejeenheden. Dette blev bl.a. med faste følgeskabsdage en gang om ugen, hvor kvalitetssygeplejersken have følgeskab med medarbejderne inden for plejen, og hermed skabe basis for sidemandsoplæring i praksis. Yderligere var der sket udvidelse af de terapeutfaglige kompetencer, således at der var ansat tre ergoterapeuter i plejeenheden foruden en fysioterapeut. Ledelsen oplyste, at der fortsat var en proces i plejeenheden mhp. systematisk afklaring af plejeenhedens generelle kompetenceniveau samt opfølgning på de enkelte medarbejders personlige kompetencer.

Plejeenheden havde ved tilsynet vakante stillinger, da der var en generel udfordring med rekruttering af uddannede medarbejdere, særlig inden for faggruppen af social- og sundhedsassistenter. Det betød, at der i plejeenheden, ud over de ny tilkommende medarbejdere, fortsat var et forbrug af vikarer.

Ledelsen og medarbejdere oplyste, at der i plejeenheden fortsat var stort fokus på adfærd, tone og kultur, og medarbejderne oplyste, at de oplevede, at der var blevet en bedre kultur i plejeenheden med basis for faglige refleksion medarbejderne imellem.

Vi har også lagt vægt på, at ledelsen havde fastholdt fokus på en systematik i forhold til at oplære nye medarbejdere i plejeenhedens opgaver, og i de værdier, som dannede grundlag for plejeenhedens indsats hos borgerne. Eksempelvis var der igangsat initiativer til at imødegå de udfordringer, der kunne opstå mellem medarbejdere og borgere i forhold til sproglige barrierer. Dette blev også tilkendegivet ved interview af en ud af tre borgere.

5. Procedurer og dokumentation

Styrelsen har fundet, at målepunktet under dette tema var opfyldt.

Siden påbuddet havde plejeenheden igangsat et systematisk og målrettet arbejde med at re-implementere systematiske arbejdsgange i forhold til at sikre den social- og plejefaglige dokumentation således, at enhver medarbejder kunne varetage relevant hjælp, omsorg og pleje ud fra de faglige beskrivelser i dokumentationen.

Ved gennemgang af tre stikprøver fremstod den social- og plejefaglige dokumentation systematisk i forhold til at sikre sammenhæng mellem beskrivelser af funktionsevne, helbredstilstande og besøgsplan, så det skriftlige grundlag var tilstede til at sikre en forsvarlig og sammenhængende social- og plejefaglig indsats til borgerne igennem hele døgnet.

Ledelsen redegjorde for den proces, der var igangsat i plejeenheden for at sikre opdateret og aktuel dokumentation. Eksempelvis var der nedsat et forbedringsgruppe i plejeenheden som mødtes en gang om ugen.

Denne gruppen var ansvarlig for at brede viden ud i plejeenheden, herunder også viden, støtte og hjælp til, at alle medarbejdere kunne udføre den påkrævede dokumentation til omsorgssystemet ud fra den fastlagte dokumentationspraksis. Plejeenheden tilkendegav, at alle omsorgsjournaler var gennemgået og fremstod systematiske, sammenhængende og helhedsorienteret.

6. Aktiviteter og rehabilitering

Vi vurderer, at alle målepunkter var opfyldt under dette tema.

Vi har lagt vægt på, at de interviewede borgere og pårørende gav udtryk for, at blive inddraget i at fastsætte mål for deres forløb gennem afholdelse af borgerkonferencer. Borgerkonferencer var det forum, hvor inddragelse af borgere og evt. pårørende foregik i forhold til målfastsættelse. Borgerens mål og afholdelse af borgerkonferencer fremgik systematisk ved alle tre stikprøvegennemgange.

Ledelsen og medarbejdere oplyste, at man i plejeenheden, havde en praksis, hvor der blev arbejdet ud fra kommunens forløbsmodel i forhold til iværksættelse af tværfaglige indsatser i forhold til ændringer i borgerens ressourcer og behov. Det var den medarbejder, som var udpeget til at være borgerens forløbsansvarlige i samarbejde med borgerens kontaktperson, der var ansvarlige for at følge op på borgerens konkrete forløb.

Vi har endvidere lagt vægt på, at medarbejderne redegjorde for en praksis, hvor der blev foretaget en terapeutisk vurdering af alle borgere, og inddrog træningselementer i den daglige hjælp, pleje og omsorg, samt arbejdede målrettet med borgerens motivation og ressourcer i forhold til hverdagsrehabilitering. Terapeuterne var dermed en daglig sparringspartner i plejeenheden. Under tilsynet blev drøftet den generelle praksis for samarbejdet med eksterne samarbejdspartnere, der varetog træningsforløb, for det kontinuerlige fokus på træningsmål og understøttelse/inddragelse af træningselementer i hverdagen.

Endelig har vi lagt vægt på, at der i plejeenheden var mulighed for understøtte borgerne i forhold til at deltage i meningsfulde aktiviteter. I plejeenheden var ansat to aktivitetsmedarbejdere. Aktuel havde plejeenheden indgået samarbejde med FOF med henblik på yderligere aktivitetsudbud. Det var aktivitetsmedarbejderen der stod for at koordinere aktiviteterne, herunder at inddrage de enkelte borgere således, at der blev udbydt meningsfulde aktiviteter i plejeenheden.

Ved tilsynet var der ikke borgere, som var i et §83a forløb, hvorfor dette er markeret som uaktuelt i målepunktet.

3. Fund ved tilsynet

Tema 1: Selvbestemmelse og livskvalitet, herunder en værdig død

1.1 Borgernes selvbestemmelse og livskvalitet

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	At borgeren oplever selvbestemmelse, indflydelse og medinddragelse i eget liv	x			
B	At ledelsen kan redegøre for plejeenhedens arbejde med at bevare og fremme de enkelte borgers livsudfoldelse, herunder selvbestemmelse, medindflydelse og livskvalitet	x			
C	At medarbejdernes beskrivelse af praksis afspejler, at de arbejder med at bevare og fremme borgernes selvbestemmelse og medindflydelse samt inddrager dem i det omfang, det er muligt	x			
D	At der er beskrivelser af borgernes vaner og ønsker	x			
E	At selvbestemmelse og værdighed bliver understøttet af tone, adfærd og kultur i plejeenheden	x			

1.2 Pleje af borgere ved livets afslutning

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	At borgeren oplever tryghed ved at tale med medarbejderne om borgerens ønsker til livets afslutning	x			

B	B1. At ledelsen kan redegøre for, hvordan borgerens ønsker til livets afslutning bliver indhentet og om muligt imødekommet	x			
	B2. At ledelsen kan redegøre for, at medarbejderne har de fornødne kompetencer i forhold til pleje af borgere ved livets afslutning	x			
C	C1. At relevante medarbejdere kan redegøre for udførelse af pleje af borgere ved livets afslutning	x			
	C2. At medarbejdere kan redegøre for, hvordan de fremfinder borgernes ønsker til livets afslutning	x			

Tema 2: Borgernes trivsel og relationer

2.1 Borgernes trivsel og relationer

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	A1. At borgeren - så vidt muligt - oplever at få hjælp til at kunne leve det liv, som borgeren ønsker	x			
	A2. At pårørende oplever at blive inddraget, og at der bliver lyttet til dem i overensstemmelse med borgerens ønsker og behov		x		En ud af tre pårørende oplevede sig ikke informeret og inddraget. I omsorgsjournalen fremgik en anden pårørende, som den primære kontakt i forhold til informationer og inddragelse i forhold til borgerens ønsker og behov.
B	B1. At ledelsen kan redegøre for plejeenhedens arbejde med at understøtte borgernes trivsel	x			
	B2. At ledelsen kan redegøre for, at plejeenheden understøtter borgernes relationer, herunder inddragelse af og samarbejde med pårørende, samt borgernes deltagelse i det omgivende samfund, hvis borgerne ønsker det	x			

C	C1. At medarbejdernes beskrivelse af praksis afspejler, at de inddrager borgerne og tager udgangspunkt i borgernes behov og ønsker for udførelsen af omsorgen og plejen	x			
	C2. At medarbejderne kan redegøre for, hvordan de understøtter borgernes tilknytning til deres eventuelle pårørende og det omgivende samfund	x			
D	At eventuelle aftaler indgået med de pårørende eller nære relationer er dokumenteret	x			

Tema 3: Målgrupper og metoder

3.1 Borgere med kognitive funktionsnedsættelser, psykisk sygdom og/eller misbrug

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	At borgeren med kognitive funktionsevnenedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug og eventuelt pårørende oplever, at den hjælp, omsorg og pleje, borgeren modtager, tager højde for borgerens særlige behov	x			
B	At ledelsen kan redegøre for, hvilke faglige metoder og arbejdsgange plejeenheden anvender til at tilrettelægge hjælp, omsorg og pleje til borgere med kognitive funktionsevnenedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug efter borgernes særlige behov	x			
C	At medarbejderne kender og anvender de ovennævnte metoder og arbejdsgange til hjælp, omsorg og pleje af borgere med kognitive funktionsnedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug	x			
D	At der hos borgere med kognitive funktionsevnenedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug forefindes beskrivelser af hjælp, omsorg og pleje af borgeren i relevante situationer	x			

E	Det afspejles i tone, adfærd og kultur, at borgere med kognitive funktionsevnenedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug modtager hjælp, omsorg og pleje, der tager højde for deres begrænsninger.	x			
---	---	---	--	--	--

3.2 Forebyggelse af magtanvendelse

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	At ledelsen kan redegøre for, hvilke metoder og arbejdsgange plejeenheden inddrager i deres indsats for at understøtte, at magtanvendelse så vidt muligt undgås	x			
B	At medarbejderne kender og anvender plejeenhedens faglige metoder og arbejdsgange for forebyggelse af magtanvendelse	x			
C	At der hos borgere, hvor det er relevant, er en beskrivelse af, hvilke faglige metoder og arbejdsgange der hos den konkrete borger kan blive anvendt til at forebygge magtanvendelse		x		<p>I en ud af tre omsorgsjournaler var der ikke fyldestgørende beskrivelse af hvilken faglig metode og arbejdsgang, som medarbejderne kunne benytte, i de konkrete situationer, hvor borgeren blev vred og frustreret på medarbejderne.</p> <p>Medarbejderne kunne mundtligt redegøre for hvordan de håndterede disse konkrete situationer, og der var beskrevet hvilken socialpædagogisk tilgang, som medarbejderne generelt skulle tilgå borgeren med for at forebygge, at disse situationer opstod.</p>

3.3 Fokus på ændringer i borgernes funktionsevne og helbredstilstand

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	At borgeren og eventuelt pårørende oplever, at medarbejderne er opmærksomme på ændringer i borgerens sædvanlige tilstand	x			
B	At ledelsen kan redegøre for, hvordan plejeenheden arbejder systematisk med opsporing af og opfølgning på ændringer i borgernes fysiske og psykiske funktionsevne samt helbredstilstand, herunder brug af arbejdsgange, faglige metoder og redskaber	x			
C	At medarbejderne kender og arbejder systematisk med opsporing af og opfølgning på ændringer i borgernes fysiske og psykiske funktionsevne samt helbredstilstand, herunder brug af arbejdsgange, faglige metoder og redskaber	x			
D	At ændringer i borgerens fysiske og/eller psykiske funktionsevne og helbredstilstand samt opfølgning her på fremgår af dokumentationen	x			

3.4 Forebyggelse af funktionsevnetab og forringet helbred hos borgere

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	At borgeren og eventuelt pårørende oplever, at hjælp, omsorg og pleje til borgeren er rettet mod forebyggelse af uplanlagt væggtab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne	x			
B	At ledelsen kan gøre rede for plejeenhedens arbejdsgange og faglige metoder for hjælp, omsorg og pleje til borgere i risiko for uplanlagt væggtab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne	x			
C	At medarbejderne kender og følger ledelsens fastlagte arbejdsgange og faglige metoder for hjælp, omsorg og pleje til borgere i risiko for uplanlagt væggtab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne	x			

D	At social- og plejefaglige indsatser med henblik på forebyggelse uplanlagt vægttab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne er beskrevet		x		<p>I en ud af tre omsorgsjournaler manglede en beskrivelse af de social- og plejefaglige indsatser, som var igangsat hos en borger for at forebygge faldtendens.</p> <p>Medarbejderne kunne mundtligt redegøre for iværksættelse af relevante social- og plejefaglige indsatser hos den konkrete borgere til at forebygge yderligere fald. Fx, var der iværksat rekvirering af hjælpemiddel, som skulle afprøves dagen efter tilsynet.</p>
---	---	--	---	--	--

Tema 4: Organisation, ledelse og kompetencer

4.1 Organisation, ledelse og kompetencer

Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	A.1 At ledelsen kan redegøre for, hvordan plejeenhedens organisering understøtter plejeenhedens kerneopgaver	x		
	A.2 At ledelsen kan redegøre for, at medarbejderne har de nødvendige kompetencer til at varetage plejeenhedens kerneopgaver, herunder hvordan der bliver arbejdet med rekruttering og introduktion af nye medarbejdere	x		
	A.3 At ledelsen kan redegøre for ansvars- og opgavefordeling blandt medarbejderne, herunder for elever/studerende samt vikarer	x		
B	At medarbejderne kender og følger ansvars- og opgavefordelingen	x		

Tema 5: Procedurer og dokumentation

5.1 Plejeenhedens dokumentationspraksis

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	A.1 At ledelsen har fastlagt en praksis for den social- og plejefaglige dokumentation, herunder hvornår, hvor og hvordan der skal dokumenteres, samt hvordan viden bliver delt mellem medarbejderne	x			
	A.2 At ledelsen kan redegøre for, hvordan dokumentationspraksis understøtter sammenhængende social- og plejefaglig indsats	x			
B	At medarbejderne kender og anvender plejeenhedens praksis for den social- og plejefaglige dokumentation	x			
C	C.1 At borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer er beskrevet i forhold til egenomsorg, praktiske opgaver, mobilitet, mentale funktioner, samfundsliv og generelle oplysninger	x			
	C.2 At borgerens behov for hjælp, omsorg og pleje er afdækket, og at afledte social- og plejefaglige indsatser er beskrevet	x			
	C.3 At borgerens mål for personlig og praktisk hjælp samt rehabiliteringsforløb er dokumenteret	x			
	C.4 At afvigelser fra de social- og plejefaglige indsatser er dokumenterede	x			

Tema 6: Aktiviteter og rehabilitering

6.1 Borgere med behov for rehabiliteringsforløb efter § 83a og hjælp med rehabiliterende sigte efter § 83

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	A1. At borgeren og eventuelt pårørende oplever, at de bliver inddraget i at fastsætte mål for rehabiliteringsforløbet (§83a)			x	
	A2. At borgeren og eventuelt pårørende oplever, at de i vidst mulig omfang bliver inddraget i at fastsætte mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte (§83)	x			
B	B1. At ledelsen kan redegøre for, hvordan plejeenheden arbejder med at tilrettelægge helhedsorienterede og tværfaglige rehabiliteringsforløb, som tager udgangspunkt i borgernes egne mål (§83a)	x			
	B2. At ledelsen kan redegøre for målfastsættelsen for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte (§83)	x			
C	At medarbejderne kender og følger ledelsens arbejdsgange for gennemførelsen af helhedsorienterede og tværfaglige rehabiliteringsforløb, som tager udgangspunkt i borgerens egne mål, samt arbejdsgangene for målfastsættelsen for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte (§§83a og 83)	x			
D	D1. At der ved opstart af rehabiliteringsforløb er dokumenteret en individuel og konkret vurdering, som tager udgangspunkt i borgerens ressourcer, ønsker, behov og egne mål (§83a)			x	
	D2. At der er opsat individuelle mål og en tidsramme for rehabiliteringsforløbet (§83a)			x	
	D3. At der ved afslutning af rehabiliteringsforløb er dokumenteret en beskrivelse af borgerens funktionsevne (§83a)			x	
	D4. At der er fastsat mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte (§83)	x			

6.2 Borgere med behov for genoptræning og vedligeholdelsestræning efter § 86

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	At borgeren og eventuelt pårørende oplever, at de færdigheder, borgeren har brug for i sine daglige gøremål er en del af genoptrænings- og vedligeholdelsestræningsforløbet	x			
B	At ledelsen kan redegøre for, hvordan genoptrænings- og vedligeholdelsestræningsforløb bliver tilrettelagt og udført helhedsorienteret og tværfagligt, herunder at der bliver sat mål for de enkelte borgers forløb	x			
C	At medarbejderne kan redegøre for målene for genoptrænings- og vedligeholdelsesforløbene hos relevante borgere, og hvordan de - hos disse borgere - inddrager træningselementer og -aktiviteter i den daglige hjælp, pleje og omsorg	x			
D	D1. At der ved genoptræning og vedligeholdelsestræning er dokumenteret et formål med borgerens forløb	x			
	D2. At ændringer i forhold til borgerens forløb løbende er dokumenteret	x			

6.3 Tilbud om aktiviteter til borgere

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	A1. At borgeren og eventuelt pårørende har haft en samtale med medarbejdere i plejeenheden om, hvilke aktiviteter der er meningsfulde for dem	x			
	A2. At borgeren oplever at have mulighed for at deltage i meningsfulde aktiviteter	x			
B	At ledelsen kan redegøre for, hvordan borgere tilknyttet plejeenheden og eventuelt pårørende	x			

	bliver inddraget i og motiveres til at deltage i aktiviteter, der er meningsfulde for den enkelte borger				
C	C1. At medarbejderne kender borgernes ønsker og behov for deltagelse i meningsfulde aktiviteter	x			
	C2. At medarbejderne har fokus på, at borgerne bliver understøttet i deres evne til selv at udføre meningsfulde aktiviteter	x			

4. Begrundelse for tilsynet

I satspuljeaftalen for 2018-2021 blev der indgået en aftale om, at Styrelsen for Patientsikkerhed pr. 1. juli 2018 skal føre et risikobaseret tilsyn med ældretilsynet på plejecentre, midlertidige pladser og hjemmeplejeenheder efter servicelovens §§ 83-87 i en forsøgsperiode på fire år¹.

Formålet med tilsynet er at styrke ældretilsynet på ældreområdet samt vurdere om den social- og plejefaglige hjælp, omsorg og pleje, den enkelte plejeenhed yder, har den fornødne kvalitet. Formålet er også at bidrage til læring i forhold til den social- og plejefaglige hjælp, omsorg og pleje, der ydes i de enkelte plejeenheder.

I bekendtgørelsen² er der fastlagt følgende seks temaer, som tilsynet skal omfatte i forhold til at afdække den fornødne kvalitet i den social- og plejefaglige indsats:

- Selvbestemmelse og livskvalitet, herunder værdig død
- Trivsel og relationer
- Målgrupper og metoder
- Organisation, ledelse og kompetencer
- Procedurer og dokumentation
- Aktiviteter og rehabilitering

På baggrund af de seks temaer, er der udarbejdet 12 målepunkter, som repræsenterer vigtige risikotemaer i forhold til at vurdere den fornødne kvalitet.

Tilsynet er et organisationstilsyn. Det vil sige, at det er plejeenheden, der er genstand for tilsynet. Eventuelle fejl og mangler bliver anskuet ud fra et organisatorisk synspunkt.

Uddybning af målepunkter samt referencer ligger på styrelsens hjemmeside på dette link:

<https://stps.dk/da/sundhedsprofessionelle-og-myndigheder/social-og-plejefagligt-tilsyn-paa-aeldreomraadet/>

¹¹ <https://www.regeringen.dk/media/4365/satspuljeaftaletekst-paa-aeldreomraadet.pdf>

² Bekendtgørelse nr. 652 af 25. maj 2018 om Styrelsen for Patientsikkerheds tilsyn med ældreplejen

5. Vurdering af plejeenheden

På baggrund af tilsynet kategoriseres plejeenhederne i følgende kategorier:

- Ingen problemer af betydning for den fornødne kvalitet
- Mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet
- Større problemer af betydning for den fornødne kvalitet
- Kritiske problemer af betydning for den fornødne kvalitet

Styrelsens kategorisering sker på baggrund af en samlet vurdering af den fornødne kvalitet med konkret afsæt i de målepunkter, der er gennemgået. Der er i vurderingen lagt vægt på både opfyldte og uopfyldte målepunkter. Styrelsens vurdering er baseret på de forhold, der var til stede ved det aktuelle tilsyn.

Styrelsen for Patientsikkerhed har forskellige sanktionsmuligheder afhængigt af kategoriseringen for den enkelte plejeenhed.

Hvis der konstateres mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet, har styrelsen mulighed for at reagere ved at give en henstilling til plejeenheden om eksempelvis at udarbejde og fremsende en handleplan for, hvordan plejeenheden vil følge op på uopfyldte målepunkter. Hvis der konstateres større problemer af betydning for den fornødne kvalitet, får plejeenheden et påbud om at opfylde et eller flere krav. Hvis der konstateres kritiske problemer af betydning for den fornødne kvalitet, gives der påbud om, at plejeenheden helt eller delvist skal indstille virksomheden.

Hvis styrelsen bliver opmærksom på mangler efter sundhedsloven eller anden lovgivning, kan styrelsen give informationen videre til de relevante tilsynsmyndigheder